

## 병원의 자선 진료 프로그램 보조를 위한 신청서

### 필요 문서

### 소득 및 재정 증명

신청서와 함께 다음의 사본을 반드시 제공해야 합니다. 그렇지 않을 경우, 귀하의 신청은 지연 또는 거부될 수 있습니다.

1. 신분 증명서(ID): 유효한 운전 면허증, DPS ID 카드, 선거인 등록 카드, 외국인 등록 카드 또는 임시 주민 카드.
2. 가장 최근의 수표 계좌, 저축 계좌 및 신용 조합 계좌 내역서.
3. 주식, 채권, 투자 노트 또는 CD 증명.
4. 최소 4개 이상의 가장 최근의 급여 수표를 떼고 남은 보관용 쪽지(페이 스티브) 또는 귀하의 고용주가 작성한 고용 확인서.
5. 소셜 시큐리티, SSI, 실업, 산재 보상, 은퇴, 자녀 양육비과 같은 기타 소득에 대한 내역서 또는 확인서.
6. 임차료(렌트) 영수증 또는 모기지 영수증.
7. 차 할부금 영수증.
8. 가스/수도/전기 요금 영수증
9. 기타 월별 지출비 영수증(예: 지불하지 않은 의료비 청구서, 처방약 영수증, 보육원 지출비, 식료품, 가스 영수증, 수업료 등).

## 병원의 자선 진료 프로그램 보조를 위한 신청서

### 정자체로 또박또박 기입하십시오

신청자 이름(성, 이름, 중간이름)	집 전화번호	휴대폰 전화번호	직장 전화번호
우편 주소(거리, 사서함 또는 RFD)	시	주	우편번호
집 주소(우편 주소와 다른 경우)			

의료 서비스가 필요하지만 그 비용을 지불할 수 없습니다.

의료비 청구서를 받았지만 그 비용을 지불할 수 없습니다.

모든 질문에 답변해 주십시오. 해당되지 않는 질문은 “해당 없음”으로 기입하십시오. 이 신청서는 신청자가 직접 또는 대신 작성해야 합니다.

1. 가족인지 여부와 관계없이, 함께 살고 있는 모든 사람들에 대해서 공란에 기입하십시오.

성	이름		귀하와의 관계	생년월일			성별	인종*	기혼임		재학 중		소셜 시큐리티 번호
	이름	중간이름		월	일	연도			예	아니요	예	아니요	
(a)			자신										
(b)													
(c)													
(d)													
(e)													
(f)													
(g)													
(h)													
(i)													

\* 인종에 대한 정보 제공은 자발적이며, 인종, 피부색 또는 출신 국가와 관계 없이 혜택이 제공될 수 있도록 요청되었습니다. 귀하의 적격성 또는 혜택 수준에 영향을 미치지 않습니다.

2. 귀하가 속한 가구의 거주지 카운티 및 주를 기입하십시오(귀하의 집이 있는 곳).....

카운티	주
-----	---

3. 함께 살고 있는 사람 중 다음으로부터 혜택을 받는 사람이 있습니까(각 프로그램 종류에 대해 “예” 또는 “아니요”에 표시하십시오):

AFDC	SSI 생활 보조금	푸드 스탬프	소셜 시큐리티	메디케이드	WIC
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					

## 병원의 자선 진료 프로그램 보조를 위한 신청서

4. 귀하 또는 함께 살고 있는 사람 중에서 직업(날품일, 아이 봐주기 등 포함)이 있거나, 직업 교육/훈련을 받고 있는 사람이 있습니까?.....  예  아니요  
 “예”인 경우, 교육/훈련을 받고 있거나 고용(자영업 포함)되어 있는 각 사람에 대해서 공란에 기입하십시오:

일을 하고 있거나 교육/훈련을 받고 있는 사람의 이름을 기입하십시오	직장 또는 교육/훈련 장소의 명칭과 주소를 기입하십시오	주당 총 시간		얼마나 자주 급여를 받습니까?					총 급여액 (공제 전)
		정규	초과근무	*1	*2	*3	*4	*5	

\*1 = 매일   \*2 = 매주   \*3 = 2주에 한 번   \*4 = 한 달에 두 번   \*5 = 매달

5. 귀하 또는 귀하가 속한 가구 내의 누구라도 다음 재정원으로부터 돈을 받는 사람이 있습니까? (“예” 또는 “아니요”에 표시하십시오):

	예	아니요		예	아니요
소셜 시큐리티			자녀 양육 및/또는 위자료		
생활 보조금(SSI)			주식 및 채권으로부터의 배당금		
재향 군인 수당 및/또는 연금			저축 계좌 또는 양도성 예금 증서		
철도은퇴자연금			오일, 가스 또는 광물질 광업권 또는 로열티		
기타 은퇴 수당 또는 연금			기타 사립 또는 공공 복리 기관으로부터의 돈		
복지금 수표(AFDC)			농장으로부터의 돈(목초지 사용료, ASC 지불금, 가축 또는 다른 관련된 돈)		
현금, 선물 또는 부모, 친척, 친구, 다른 사람으로부터의 기여금			기타 돈(받은 대출금 및 일회성 지불금)		
실업수당 수표			학자금 대출, 보조금(그랜트) 또는 장학금		
산재 보상			기타 소득 목록:		
사립 보험으로부터의 지불금					
노동조합 혜택금(파업 수당 포함)					
군대 배당금					
주택 또는 아파트 임대료 소득					
귀하가 소유한 집의 셋방 또는 하숙료 소득					

위 6번 항목의 질문들 중 하나라도 “예”에 표시한 경우 다음을 작성하십시오:

돈을 받는 사람의 이름	돈을 제공하는 사람/기관	소셜 시큐리티인 경우, 청구(클레임) 번호를 기입하십시오	받는 금액	얼마나 자주 받습니까?

6. 지난 4개월 동안, 귀하 또는 보조를 신청하는 가구 구성원이 의료 서비스를 받았으나 아직 지불이 되지 않은 서비스가 있습니까?.....  예  아니요

## 병원의 자선 진료 프로그램 보조를 위한 신청서

7. 이후 6개월 동안 의료비가 생길 것으로 예상합니까? \_\_\_\_\_ 예 아니요
8. 귀하 또는 귀하의 가족 중 누구라도 민영 건강 보험에 현재 가입되어 있습니까? \_\_\_\_\_ 예 아니요  
 “예”인 경우, 민영 건강 보험에 대해 다음 항목을 작성하십시오.

보험 회사 이름	보험 증권 번호	그룹 번호	보험 가입자 이름
보험 회사 주소		직장을 통해 제공됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	“예”인 경우, 직장 이름
보험 적용 시작 날짜	보험 적용 종료 날짜	이 보험 증권이 적용되는 사람(들)의 이름	

9. 지난 6개월 동안 귀하 또는 함께 살고 있는 사람이 보험 적용을 받았으나, 이제는 더 이상 보험 적용을 받지 못하는 건강 보험 증권이 있습니까? \_\_\_\_\_ 예 아니요  
 “예”인 경우, 다음 항목을 작성하십시오:

보험 회사 이름	보험 증권 번호	그룹 번호	보험 가입자 이름
보험 회사 주소		직장을 통해 제공되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	“예”인 경우, 직장 이름
보험 적용 시작 날짜	보험 적용 종료 날짜	이 보험 증권이 적용되는 사람(들)의 이름	

10. 매달 지출비를 아래 표시하십시오:

	금액	얼마나 자주 냅니까?	마지막으로 지불한 날짜
임차료(렌트) 또는 주택용자금			
세금, 특별 사정금			
주택 보험 지불금			
전화비			
가스비, 전기료 등			
식료품			
외상거래 계좌			
의료비			
대출금			
기타(자세히 명시):			

11. 귀하가 일을 하거나 교육/훈련을 받을 수 있도록 귀하 또는 귀하가 속한 가구 내 누구라도, 다른 사람이 아동, 장애인, 또는 노인을 돌봐주는 데 돈을 지불합니까? \_\_\_\_\_ 예 아니요

돌봐주는 사람/기관은 어떤 곳입니까?	얼마나 자주 지불합니까?	비용이 얼마입니까?
돌봐주는 사람/기관의 주소:		전화번호

4/6 페이지

12. 귀하 또는 함께 살고 있는 사람 중에서 다음을 소유하고 있는 사람이 있습니까(“예”인 경우, 가치를 기입하십시오):

	예	아니요	가치
A. 저축 계좌 또는 신용 조합 계좌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J. 차, 트럭, 오토바이, 보트 및 기타 차량	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 병원의 자선 진료 프로그램 보조를 위한 신청서

B. 수표 계좌			
C. 현금			
D. 주식, 채권 등			
E. 오일, 광물질 광업권			
F. 생명 보험(액면가)			
G. 장례 보험(액면가)			
H. 재산(부동산)			
I. 가축			

각 차량의 연도, 제조사, 모델을 기입하십시오:

연도	제조사	모델

13. 귀하 또는 함께 살고 있는 사람 중이 위에 표시되지 않은 내용을 소유하고 있거나 구입하고 있는 내용이 있습니까?  예  아니요  
 “예”인 경우 아래에 표시하십시오(가구, 가전제품, 또는 보석이나 옷과 같은 개인 물품은 표시하지 마십시오):

---



---

14. 지난 2년 동안, 귀하 또는 귀하가 속한 가구의 구성원이 가치있는 그 무엇이더라도 팔거나, 거래하거나, 다른 사람에게 주었습니까?  예  아니요  
 “예”인 경우 아래에 표시하십시오(가구, 가전제품, 또는 보석이나 옷과 같은 개인 물품은 표시하지 마십시오):

---



---

15. 이 양식을 작성하는 데 다른 사람이 도와주고 있다면 그 사람의 이름과 주소를 기입하십시오:

이름	주소(거리, 시, 주, 우편번호)	전화번호
----	--------------------	------

16. 응급 상황시 연락할 수 있는 친척이나 친구의 이름 및 주소를 기입하십시오:

이름	주소(거리, 시, 주, 우편번호)	전화번호
----	--------------------	------

## 병원의 자선 진료 프로그램 보조를 위한 신청서

모든 질문에 대한 본인의 답변과 진술은 진실이며, 본인이 알고 있는 바로는 정확합니다.

자선 진료 프로그램을 위한 본인의 적격성과 관련된 진술을 증명할 수 있는 모든 정보를 병원의 적격성 담당 직원에게 제공하는 데 본인은 동의합니다. 본인이 제공한 진술을 증명하기 위한 모든 출처의 정보를 구할 수 있도록 본인은 병원 직원들에게 전적으로 협조할 것입니다.

명시된 의무사항을 지키지 않을 경우, 본인이 고의적으로 정보를 제공하지 않은 것으로 간주될 수 있으며, 상환을 통한 손실 회복 조치가 이루어지거나, 형사 또는 민사 고소를 당할 수 있다는 사실을 본인은 고지받았으며 이러한 내용을 이해합니다.

본인은 Methodist Health System의 자선 진료 프로그램 정책이 제공하는 서비스를 신청하는 중임을 증명합니다. 본인, 또는 본인에 대한 책임을 지고 있는 사람은 필요한 서비스의 모든 비용을 재정적으로 지불할 수 없습니다.

본인은 다음과 같은 일체의 변경사항을 14일 이내에 보고할 것에 동의합니다.

소득, 자원, 본인과 함께 사는 사람 수, 주소, 의료 보조 프로그램에 대한 본인의 적격성에 영향을 미칠 수 있는 기타 상황들.

이 신청서가 인종, 피부색, 종교, 신념, 출신 국가, 나이, 성별, 장애 또는 정치적 신념과 관계 없이 고려될 것임을 본인은 고지받았으며 이러한 내용을 이해합니다.

**서명을 하기 전에 각 답변을 모두 작성하였으며 정확한지 확인하십시오**

\_\_\_\_\_  
서명 - 신청자

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
서명 - 배우자

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
서명 - 참관인

\_\_\_\_\_  
날짜